

# TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NA GESTANTE COM DIABETES GESTACIONAL

Samara Laffayette Clemete<sup>1</sup>

Laísa Palloma Ximenes<sup>2</sup>

Kátia Virgínia Guerra Botelho<sup>3</sup>

Odontologia



ciências biológicas e da saúde

ISSN IMPRESSO 1980-1785

ISSN ELETRÔNICO 2316-3143

## RESUMO

A gestação é um estado singular e valioso no ciclo de vida da mulher. Por ser um processo que envolve mudanças fisiológicas e psicológicas complexas que trazem modificações para o organismo feminino e afetam sensivelmente a saúde da mulher. As gestantes constituem pacientes de temporário risco odontológico devido às mudanças psicológicas, físicas e hormonais, que criam condições adversas no meio bucal. O atendimento odontológico é um assunto muito controverso, principalmente em função dos mitos que são baseados em crenças antigas sem fundamentação científica, tanto por parte da gestante quanto por parte dos cirurgiões-dentistas. Deste modo, esta pesquisa teve por objetivo realizar por meio da literatura científica uma revisão sobre o tratamento odontológico em gestante com diabetes gestacional. Foi possível observar que dentre as principais manifestações bucais das pacientes com diabetes gestacional estão a xerostomia, glossodínia (ardor na língua), eritema e distúrbios de gustação, irritação da mucosa oral, alterações de flora, com predomínio de *Cândida albicans*. O diabetes leva a um aumento da acidez do meio bucal, aumento da viscosidade e diminuição do fluxo salivar, os quais são fatores de risco. O tratamento odontológico à gestante com diabetes gestacional é possível e recomendado, entretanto durante este período ocorrem diversas alterações fisiológicas que devem ser conhecidas e consideradas no tratamento odontológico. O segundo trimestre de gestação é o mais indicado ao tratamento odontológico, devendo a gestante ser atendida em qualquer período quando o tratamento requerer urgência. A melhor posição de atendimento à gestante é o decúbito lateral.

## PALAVRAS-CHAVE

Xerostomia. Eritema. Decúbito Lateral. Segundo Trimestre

## ABSTRACT

Gestation is a unique and valuable state in a woman's life cycle. Because it is a process that involves complex physiological and psychological changes that bring about modifications to the female organism and significantly affect the woman's health. The pregnant women constitute patients of temporary dental risk due to the psychological, physical and hormonal changes that create adverse conditions in the buccal environment. Dental care is a very controversial subject, mainly due to the myths that are based on old beliefs without scientific foundation, both by the pregnant woman and by the dentists. Thus, this research aimed to carry out through the scientific literature a review on dental treatment in pregnant women with gestational diabetes. It was possible to observe that among the oral manifestations in the main patients with gestational diabetes were xerostomia, glossodynia, tongue burning, erythema and taste disorders, irritation of the oral mucosa, changes in flora, predominantly *Candida albicans*. Diabetes leads to an increase in the acidity of the buccal environment, increased viscosity and decreased salivary flow, which are risk factors. The dental pregnant women treatment with gestational diabetes is possible and recommended, however during this period there are several physiological changes that must be known and considered in dental treatment. The second gestation trimester is the most indicated for dental treatment, and the pregnant woman should be treated at any time when the treatment requires urgency. The best position of care for the pregnant woman is the lateral decubitus position.

## KEYWORDS

Xerostomia, erythema, lateral decubitus, second trimester

## 1 INTRODUÇÃO

A gestação é um estado singular e valioso no ciclo de vida da mulher (VASCONCELOS *et al.*, 2012). Pois, é um processo que envolve mudanças fisiológicas e psicológicas complexas que trazem modificações para o organismo feminino e afetam sensivelmente a saúde da mulher (POLETTTO *et al.*, 2008).

As gestantes constituem pacientes de temporário risco odontológico devido às mudanças psicológicas, físicas e hormonais, que criam condições adversas no meio bucal, portanto, o atendimento odontológico é um assunto muito controverso, principalmente em função dos mitos que são baseados em crenças antigas sem funda-

mentação científica, tanto por parte da gestante quanto por parte dos cirurgiões-dentistas que não se sentem seguros ao atendê-las (VASCONCELOS *et al.*, 2012). Atualmente, muitos profissionais da área odontológica têm demonstrado preocupação em desmistificar a crença popular, ainda hoje muito difundida, de que mulheres grávidas não podem receber assistência odontológica devido a possibilidade de prejuízos à gestante ou ao feto (POLETTTO *et al.*, 2008).

As mulheres grávidas apresentam maior risco de cárie dentária por várias razões, incluindo aumento da acidez na cavidade oral, aumento da frequência de carboidratos ingeridos e descuido com a higiene oral. Entretanto, a incidência da cárie dentária não está diretamente ligada à gestação, mas a fatores como a menor capacidade estomacal, que faz com que a gestante diminua a quantidade de ingestão de alimentos durante as refeições e aumente sua frequência, levando ao incremento de carboidratos na dieta que, associados ao descuido com a higiene bucal, ocasionam doença cárie ativa (EBRAHIM *et al.*, 2014).

O período ideal e mais seguro para o tratamento odontológico é durante o segundo trimestre da gestação, entretanto, os casos que necessitam tratamento de urgência devem ser solucionados sempre, independentemente do período gestacional (NASCIMENTO *et al.*, 2012). Dentre as alterações gengivais mais comuns que podem ocorrer durante esse período, pode-se citar a gengivite gravídica e o granuloma piogênico. No entanto, sempre que possível, o tratamento invasivo não-emergencial deve ser adiado até o nascimento da criança, pois as sequelas do tratamento dentário nem sempre são previsíveis (POLETTTO *et al.*, 2008).

O diabetes mellitus gestacional (DMG) é o problema metabólico mais comum na gestação. Tem prevalência entre 3% a 13% das grávidas, dependendo de cor/raça, população e critérios diagnósticos utilizados. Caracteriza-se por qualquer nível de intolerância a carboidratos, que resulta em hiperglicemia de intensidade variável, identificada na primeira vez no decorrer da gestação (ARAÚJO *et al.*, 2013).

Sua fisiopatologia é explicada pela elevação de hormônios contrarreguladores da insulina, pelo estresse fisiológico imposto pela gravidez e por fatores predeterminantes (genéticos ou ambientais). O principal hormônio relacionado com a resistência à insulina durante a gestação é o lactogênico placentário, contudo, sabe-se hoje que outros hormônios hiperglicemiantes como cortisol, estrógeno, progesterona e prolactina também estão envolvidos. Os níveis de estrógeno e progesterona produzidos pela placenta aumentam no período gestacional e são responsáveis, em parte, pelas alterações do metabolismo glicídico materno (MASSUCATTI *et al.*, 2012).

Pacientes com diabetes apresentam uma maior suscetibilidade ao desenvolvimento da doença periodontal (independente da presença de fatores locais) e a xerostomia os predispõem a cárie dentária, sendo neste período, imprescindíveis ações de educação em higiene oral (CAMPOS *et al.*, 2009).

O DMG vem crescendo em proporções semelhantes à prevalência do diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Nos últimos 20 anos, aumentou significativamente nos Estados Unidos, onde foi registrada prevalência de 1,4% a 6,1%, enquanto, no Brasil, estima-se estar entre 2,4% e 7,2% (ARAÚJO *et al.*, 2013).

A paciente grávida apresenta situações específicas de tratamento para o Cirurgião-Dentista. Onde, o profissional é responsável não apenas pelo atendimento eficaz e seguro à gestante, mas deve preocupar-se, também, com a segurança do feto, de modo que profissional e paciente se sintam tranquilos com qualquer tratamento proposto (POLETTO *et al.*, 2008).

Além disso, foi verificado que o controle de doenças bucais em gestantes com a aplicação de medidas preventivas de cárie, em mães portadoras de altos números de *S. mutans* e *lactobacilos*, implicou na redução dos níveis salivares destes microorganismos e evitou o estabelecimento inicial nos seus filhos, bem como foi encontrada uma menor incidência de cáries nestas crianças (POLETTO *et al.*, 2008) e retardando ou prevenindo a infecção primária por estreptococos do grupo *mutans*, reduzindo o risco de futuras cáries em crianças (EBRAHIM *et al.*, 2014).

Este trabalho teve por objetivo realizar, por meio da literatura científica, uma revisão sobre o tratamento odontológico em gestante com diabetes gestacional.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

Dissertar sobre o tratamento odontológico em gestante com diabetes gestacional.

### 2.2 ESPECÍFICOS

Indicar os principais problemas odontológicos que acometem as gestantes;  
Desmistificar algumas lendas com relação ao tratamento odontológico de gestantes;  
Indicar as possibilidades de tratamento odontológico durante o período gestacional.

## 3 METODOLOGIA

Esta pesquisa foi embasada na análise literária de artigos científicos que tratassem de assuntos pertinentes ao tratamento odontológico na gestante com diabetes gestacional. O principal benefício deste tipo de estudo está no fato de permitir pesquisar uma série de fenômenos por meio de materiais já elaborados, possibilitando o aprimoramento de ideias e conceitos, sendo constituídos de livros, artigos científicos, teses e dissertações, periódicos de indexação e anais de encontros científicos, no período de 2007- 2017.

A análise documental foi baseada em artigos científicos publicados nos últimos 10 anos, exceto os mais antigos que tinham grande relevância no assunto. Procurou-se por periódicos científicos nacionais e internacionais disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Banco de Dados Bibliográfico-

cos da Universidade de São Paulo Catálogo on-line global (Dedalus), que apresentam periódicos com artigos pertinentes ao tema.

As palavras chaves utilizadas foram: Tratamento Odontológico, Diabetes Gestacional e Gestação. Assim foram selecionados 120 artigos, onde, após uma análise criteriosa foram reduzidos para 30, onde 12 fizeram parte efetivamente desta pesquisa.

Desse modo, os critérios de inclusão foram trabalhos que associassem o tratamento odontológico da gestante com diabetes gestacional, tratamento odontológico de grávidas e tratamento odontológico de gestantes diabéticas. Os critérios de exclusão foram trabalhos que não tratassem sobre tratamento odontológico de gestantes, trabalhos que não tinham relação com gestantes diabéticas, trabalhos que não tinham associação com diabetes gestacional e tratamento odontológico.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO ÀS GESTANTES

O aumento da incidência de cárie dentária no período da gravidez é motivado principalmente pela negligência de tratamento e de higiene oral da própria gestante. Erosão nos dentes é possível durante a gravidez devido a enjoos frequentes, as repetidas regurgitações podem danificar a estrutura dental devido ao ácido estomacal que literalmente dissolve esmalte e dentina. Este fenômeno é tipicamente diagnosticado de observação na superfície lingual de dentes anteriores (POLLETO *et al.*, 2008).

Apenas, uma pequena proporção de gestantes vai ao cirurgião-dentista durante a gravidez e isso porque a maioria tem dúvidas sobre a rotina de visitas nesse período. No início de um programa de atendimento a gestantes, dois aspectos negativos são muito marcantes: indiferença das mulheres grávidas em relação ao tratamento odontológico, a não ser na presença de dor, e desconhecimento dos direitos aos aspectos preventivos e de reparação dos problemas bucais existentes. A dor na cavidade oral é uma das mais citadas por gestantes e sugere que a dificuldade em obter tratamento se deve a duas razões: crenças populares e falta de informação dos profissionais, reforçando a importância entre a comunicação com obstetras, que são os que possuem maior contato com a gestante e demais profissionais, estabelecendo atendimento multiprofissional (POLLETO *et al.*, 2008).

### 4.2 INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES DE MEDICAMENTOS

Deve-se evitar sessões de tratamento odontológico prolongadas e optar sempre pelo procedimento mais conservador e menos intervencionista. As exodontias ou cirurgias não são contraindicadas, porém devem ser executadas com precaução e apenas quando não for ideal adiá-las para após o nascimento do bebê. Tratamentos odontológicos de rotina, tais como, coronários, raspagens, restaurações, tratamentos

da gengiva, remoção de cáries e outros tratamentos de infecções bucais não devem ser adiados. Cuidados odontológicos como raspagens, profilaxia e instrução de higiene bucal são bem menos agressivos ao bebê do que o aumento de prostaglandinas devido a um foco infeccioso na cavidade bucal (CARDOSO, 2010).

A maioria dos antibióticos usados na rotina odontológica são classificados na categoria B pela FDA, com exceção da tetraciclina e seus derivados, que estão na categoria D devido aos seus efeitos no desenvolvimento dos dentes e ossos.

Tabela 1 – Classificação de risco de medicamentos na gravidez segundo a US. *Food and Drugs Administration* (FDA)

A - Estudos adequados e bem controlados em mulheres grávidas não mostraram risco de aumento de incidência de anormalidades fetais.
B - Estudos em animais não mostraram evidências de efeitos prejudiciais no feto, embora não existam adequados e bem controlados estudos em mulheres grávidas
C - Estudos em animais mostraram efeitos adversos e não há estudos adequados e bem controlados em mulheres grávidas
D - Estudos adequados e bem controlados em mulheres grávidas mostraram riscos ao feto, entretanto os benefícios da terapia devem ser comparados ao potencial risco
X - Estudos adequados e bem controlados em animais e mulheres grávidas mostraram evidências positivas para anomalias fetais. O uso do produto é contra indicado em mulheres que estão ou podem estar grávidas.

Fonte: Adaptado de Giglio e outros autores (2010).

Na Tabela 2 podem ser observados alguns medicamentos indicados e não indicados para gestantes durante o tratamento odontológico. O ciprofloxacina, um antibiótico de amplo espectro derivado das quinolonas que se encontra na categoria C é muito usado para tratamento das doenças periodontais associadas ao *Actinobacillus actinomycetemcomitans*. O uso de enxaguardos bucais, contendo clorexidina não é contraindicado, sendo incluídos na categoria B pela FDA (GIGLIO *et al.*, 2010).

Quanto ao uso de antibióticos, deve-se evitar o uso de eritromicina em sua forma de estolato devido a seus efeitos no fígado materno (GIGLIO *et al.*, 2010).

Tabela 2 – Medicamentos indicados e contraindicados para gestantes durante o tratamento odontológico

	Drogas que podem ser usadas durante a gravidez	Classificação FDA	Drogas que devem ser evitadas durante a gravidez	Classificação FDA
Antibióticos	penicilina	B B B B B	tetraciclina	D
	amoxicilina		eritromicina	B
	cefalosporina		(estolato)	C
	clindamicina		quinolonas	C
	eritromicina (exceto estolato)		claritromicina	

Fonte: Cardoso (2010).

Tabela 3 – Analgésicos indicados e contraindicados para gestantes durante o tratamento odontológico

	Drogas que podem ser usadas durante a gravidez	Classificação FDA	Drogas que devem ser evitadas durante a gravidez	Classificação FDA
Analgésicos	Acetaminofen	BC C C C C	Ácido acetilsalicílico	C
	acetaminofen com codeína			
	Morfina			
	hidrocodona			
	meperidina			
	Depois do 1º trimestre e por 24- 72 horas Ibuprofeno			

Fonte: Cardoso (2010).

### 4.3 ANESTÉSICOS: INDICAÇÕES X CONTRAINDICAÇÕES

O cirurgião-dentista deve conhecer as propriedades e limitações de cada uma das soluções anestésicas, bem como a melhor época de se realizar o tratamento das pacientes gestantes para adquirir delas uma maior confiança, otimizando o tratamento. Evitar a dor é a regra principal a que deve reger todo profissional para atender com êxito suas pacientes (POLLETO *et al.*, 2008).

Para as gestantes, no que se refere à classe dos anestésicos, é considerado seguro o uso da anestesia local (CARDOSO, 2010). Quanto aos anestésicos locais não existem contra indicações, entretanto, devem-se observar aspectos relacionados a: técnica anestésica, quantidade da droga administrada, uso de vasoconstritores, efeitos citotóxicos e possibilidade de problemas no feto (POLLETO *et al.*, 2008).

Lidocaína e prilocaína são considerados categoria B pela *Foods and Drug Administration* (FDA), enquanto mepivacaína e articaína estão na categoria C. Epinefrina também se encontra na categoria C segundo a FDA. Lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000, administrada corretamente, com aspiração prévia, em doses mínimas para se obter o efeito anestésico desejado é considerado um anestésico local seguro para procedimentos odontológicos em gestantes (GIGLIO *et al.*, 2010; CARDOSO, 2010).

A prilocaína deverá ser evitada devido ao risco de ocorrência de metemoglobinemia, um distúrbio hematológico em que a hemoglobina se transforma em metemoglobina por meio de um processo de oxidação e a molécula, conseqüentemente, se torna incapaz de transportar oxigênio (CARDOSO, 2010).

A felipressina é contraindicada por diminuir a circulação placentária, dificultar a fixação do embrião no útero e induzir contrações uterinas. Embora os estudos que mostraram esses efeitos adversos foram resultados de altas doses do medicamento, o que não se observa em procedimentos odontológicos de rotina (GIGLIO *et al.*, 2010; CARDOSO, 2010).

#### 4.4 PRINCIPAIS DOENÇAS BUCAIS NA GESTAÇÃO

As gestantes apresentam maior risco de cárie dentária por várias razões, incluindo aumento da acidez na cavidade oral, aumento da frequência de carboidratos ingeridos e descuido com a higiene oral. Filhos de mães que têm altos índices de cárie são mais propensos a adquirirem a doença, por ser considerada transmissível. Além disso, estudos demonstram que o paladar do bebê se desenvolve em torno da 14ª semana de vida intrauterina e caso a gestante faça consumo excessivo de açúcar, o líquido amniótico torna-se mais doce, levando a futura criança à preferência por alimentos adocicados (EBRAHIM *et al.*, 2014).

Os autores supracitados relataram ainda, que a incidência da cárie dentária não está diretamente ligada à gestação, mas a fatores como a menor capacidade estomacal, que faz com que a gestante diminua a quantidade de ingestão de alimentos durante as refeições e aumente sua frequência, levando ao incremento de carboidratos na dieta que, associados ao descuido com a higiene bucal, ocasionam a doença cárie ativa.

É comum ocorrer, também, aumento da salivação e a hipertrofia gengival conhecida como gengivite gravídica (PASSARELLI *et al.*, 2005), têm-se relatado mudanças no aspecto gengival das pacientes, com uma tendência ao agravamento da gengivite, tornando-se mais perceptível frente à presença de irritantes locais (MOIMAZ *et al.*, 2006).

Mudanças, como hiperemia, edema e sangramento gengival, estão relacionadas a fatores como deficiências nutricionais, altos níveis hormonais, presença de placa bacteriana, assim como o estado transitório de imunodepressão. Além disso, são observadas alterações na microbiota bucal e no metabolismo celular. O aumento nos níveis de estrógenos, especialmente progesterona, resulta em mudanças na permeabilidade vascular.

Na cavidade bucal, isto pode resultar em edema gengival e aumento nos níveis de fluido crevicular. Adicionado a isto, a produção de prostaglandina é estimulada, possibilitando aumento do processo inflamatório gengival. Assim, a gestante pode ser considerada como uma paciente com risco temporário, maior que o normal, para desenvolver complicações periodontais. A incidência da doença periodontal na gravidez, tem variado de 35% a 100% (MOIMAZ *et al.*, 2006).

O controle de doenças bucais em mulheres grávidas reduz o risco de transmissão de bactérias orais aos filhos e retarda ou previne a infecção primária por estreptococos do grupo *mutans*, reduzindo o risco de futuras cáries em crianças (EBRAHIM *et al.*, 2014).

#### 4.5 EROSÃO ÁCIDA

Durante a gestação, náuseas e vômitos são muito comuns, acometendo cerca de 70-85% das mulheres. Esses enjoos e consequentes vômitos, podem modificar o equilíbrio de pH da cavidade oral, causando a erosão ácida ou dentária e pode acarretar na desmineralização do esmalte dentário e principalmente nas faces palatinas dos dentes. O que pode causar a hipersensibilidade dentinária (ASSUNÇÃO; MIGUEL, 2015).

Mudanças na composição salivar no final da gravidez e durante a lactação podem, também, predispor à erosão do esmalte temporariamente. Tais sintomas tendem a cessar após o primeiro trimestre de gestação (EBRAHIM *et al.*, 2014).

#### 4.6 GESTANTES COM DIABETES GESTACIONAL

A cavidade bucal é um órgão altamente vascularizado, na qual todas as mudanças fisiológicas e imunológicas podem ter influência sobre suas estruturas. O acompanhamento da paciente grávida por um cirurgião-dentista durante todo o período gestacional é necessário, uma vez que muitas gestantes negligenciam sua higiene bucal devido a diversos fatores, entre os quais a falta de recursos financeiros, a limitada compreensão da população quanto à importância da saúde bucal, crenças infundadas a respeito do tratamento dentário na gestação e náuseas que dificultam o autocuidado oral (EBRAHIM *et al.*, 2014).

Dentre as principais manifestações bucais e aspectos dentais das pacientes com diabetes gestacional estão a xerostomia, glossodínia (ardor na língua), eritema, e distúrbios de gustação, irritação da mucosa oral, alterações de flora, com predomínio de *Cândida albicans* (EBRAHIM *et al.*, 2014; SOUSA *et al.*, 2003). O diabetes leva a um aumento da acidez do meio bucal, aumento da viscosidade e diminuição do fluxo sa-

lizar, os quais são fatores de risco. Apesar de terem restrições quanto ao uso de açúcar e da secreção deficiente de imunoglobulinas na saliva, essas pacientes têm a mesma suscetibilidade à cárie e doenças relacionadas à placa dentária que as gestantes não diabéticas (SOUSA *et al.*, 2003).

Existe maior prevalência e severidade da doença periodontal (DP) em pacientes diabéticas, sendo a diabetes mellitus (DM) uma das condições sistêmicas que agravam a resposta do periodonto à placa bacteriana. Em adição, foi observado que pacientes com melhora do índice de sangramento gengival apresentam diminuição dos índices de hemoglobina glicosilada, ou seja, o controle da DP auxilia no controle da DM. As periodontopatias estão, portanto, relacionadas ao agravamento da DM, e vice-versa, indicando a necessidade de terapia conjugada (EBRAHIM *et al.*, 2014).

Ebrahim e colaboradores (2014) salientaram que, quanto ao tratamento das pacientes diabéticas, o CD deve recomendar consultas no período da manhã, devendo a gestante ser instruída a se alimentar normalmente para reduzir a crise de hipoglicemia durante o procedimento odontológico. Terra e colaboradores (2012) revelam também que as consultas devem ser de curta duração, porém, quando houver a necessidade de longa duração, estas devem ser pausadas para a realização de um lanche rápido. Sempre que necessário, devem ser empregadas técnicas de sedação para reduzir o estresse do paciente diabético.

Para um tratamento mais seguro, devem ser solicitados exames laboratoriais para determinar a glicemia, sendo consideradas de alto risco pacientes cuja taxa de glicose no sangue, em jejum, encontra-se acima de 250mg/dl (EBRAHIM *et al.*, 2014). Além disso, sinais sistêmicos importantes devem ser observados, entre os quais problemas frequentes, envolvendo cetoacidose, hipoglicemia, múltiplas complicações do DM e nível de hemoglobina glicada acima de 9% (TERRA *et al.*, 2012).

## 4.7 PERÍODOS GESTACIONAIS

### 4.7.1 Primeiro trimestre

O primeiro trimestre de gravidez é o mais crítico para o embrião, pois nesta época estão se desenvolvendo vários órgãos (da quarta a oitava semana da gestação), tornando-o mais vulnerável às agressões teratogênicas e ao aborto. Nesse período é muito comum que ocorram abortos espontâneos, portanto sempre que possível deve-se evitar procedimentos odontológicos (ASSUNÇÃO; MIGUEL, 2015; POLLETO *et al.*, 2008).

As más-formações fetais causadas pelo uso de medicamentos são resultantes, geralmente de sua administração no primeiro trimestre da gestação. As exposições durante o segundo e terceiro trimestre estão associadas a efeitos no funcionamento dos órgãos. Cada droga possui concentrações limites que quando ultrapassadas podem causar anomalias no desenvolvimento do feto. Medicamentos que causem dependência na mãe podem também causar algum tipo de dependência na criança, devendo ser indicados com precaução. O uso de fluoretos,

por via oral, no pré-natal não é mais preconizado como rotina, pois sua eficácia não tem sido demonstrada (CARDOSO, 2010).

A utilização de radiografias deve ser evitada no primeiro trimestre de gestação, mas especificamente entre os dias 32 e 37, na 4ª e 5ª semanas de gestação, visto que a organogênese é um momento crítico (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

#### 4.7.2 Segundo trimestre

O segundo trimestre da gestação é a melhor época para o atendimento odontológico das gestantes. A escolha do período gestacional para o tratamento odontológico eletivo deve evitar a fase de embriogênese, na qual o feto está em formação (até 10ª semana da gravidez) (EBRAHIM *et al.*, 2014). Principalmente para procedimentos como exodontias e tratamentos endodônticos (ASSUNÇÃO; MIGUEL, 2015; NASCIMENTO *et al.*, 2012).

O aumento da salivação é comum até o quinto mês de gestação, atribuído a reações vagotônicas e irritações locais, que, por meio do nervo trigêmeo, estimulam a secreção da saliva pelas parótidas. A hipertrofia gengival é outra alteração muito comum, também conhecida como gengivite gravídica, causada pelas alterações hormonais desse período. Os sinais e sintomas dessa gengivite tendem a desaparecer por completo após o parto. Entretanto, deve ser controlada com higiene oral rigorosa, remoção de fatores irritativos (como próteses) e utilização de vitamina C e sais minerais por via sistêmica em casos graves. Quando a hipertrofia evoluir para tumores gengivais, a remoção cirúrgica é indicada durante o período mais propício da gravidez, ou seja, o segundo trimestre (PASSARELLI *et al.*, 2005).

#### 4.7.3 Terceiro trimestre

O tratamento odontológico na fase próxima ao término da gestação deve ser evitado, pelo desconforto à mãe e eventual risco do trabalho de parto desencadeado pela ansiedade (EBRAHIM *et al.*, 2014).

Porém, os casos de urgência odontológica, como nos casos de dor decorrente de pulpite ou pericementite, pericoronarite, abscesso agudo, ou outros, devem ser solucionados independentemente do período no qual a gestante se encontra, removendo a etiologia via terapia endodôntica, exodontia e drenagem. Antes de se dar início a qualquer procedimento invasivo, é indispensável a realização de uma boa anamnese e se necessário falar com o médico da gestante, para obter informações complementares sobre o estado geral de saúde dela (ASSUNÇÃO; MIGUEL, 2015).

Ebrahim e colaboradores (2014) relataram ainda que, no terceiro trimestre, quando a gestante se deita de costas, o útero, pode comprimir a veia cava inferior e impedir, assim, o retorno venoso para o coração, o que pode levar à síndrome da hipotensão supina, síncope ocasionada pela circulação sanguínea paravertebral insuficiente, ou ao reflexo vasovagal, em decorrência da diminuição do débito cardíaco.

Este é passível de ser aumentado em até 20% quando a paciente passa da posição supina para o decúbito lateral esquerdo.

No decúbito lateral esquerdo ocorre redução do débito cardíaco e facilidade de retorno sanguíneo pela veia cava inferior, diminuindo, também, o risco de síndrome da hipotensão supina. A manobra de empurrar o útero para a esquerda é de grande valia para o tratamento odontológico, principalmente no último trimestre de gestação (PASSARELLI *et al.*, 2005).

Essa síndrome da hipotensão supina (que só ocorre em 15-20% das gestantes) pode ser evitada durante o tratamento odontológico, colocando-se a paciente em uma posição semirreclinada, incentivando-se mudanças de posição frequentes, e/ ou colocando-se uma cunha debaixo de um dos seus quadris para deslocar o útero. Um pequeno travesseiro ou cobertor dobrado move o útero de forma a impedir a compressão da veia cava. Sendo a melhor posição de atendimento à gestante o decúbito lateral (EBRAHIM *et al.*, 2014).

Os autores supracitados relataram que as gestantes correm maior risco de aspiração gástrica, como resultado da redução do tônus do esfíncter gastroesofágico. Manter uma posição semissentada e evitar sedação excessiva são necessários para prevenir a aspiração do conteúdo estomacal.

## 4.8 RADIOGRAFIAS

Radiografias dos tecidos orais não são contraindicadas na gestação em virtude da exposição a níveis muito baixos de radiação, o que torna pequeno o risco de efeitos potencialmente nocivos. E devem ser utilizadas sempre que necessárias para concluir diagnósticos e estabelecer planos de tratamento (EBRAHIM *et al.*, 2014).

A utilização de radiografias deve ser evitada no primeiro trimestre de gestação. Porém, se todas as medidas de precaução, tais como uso de avental plumbífero, regulação da dose e duração dos raios X forem realizadas, o exame radiográfico não precisa ser evitado ou postergado para após o parto, principalmente em casos de urgência (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

Como prática padrão, o profissional de saúde bucal deve fornecer proteção contra exposição à radiação para abdômen e pescoço da gestante, devendo-se colocar os braços sobre a barriga como proteção ao peso do avental de chumbo. Uma nova tecnologia dental radiográfica que também é segura durante a gravidez é a radiografia digital, cuja radiação é menor que as proporcionadas por radiografias convencionais (EBRAHIM *et al.*, 2014).

A radiação emitida na realização de uma radiografia periapical é muito menor que a dose para causar manifestações congênitas, que é de  $10\mu\text{Sv}$  e menor que a radiação cósmica adquirida diariamente. Ainda deve ser levado em consideração que o feto só recebe 1/50000 da exposição direta na cabeça da mãe (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

## 5 DISCUSSÃO

O ciclo gravídico-puerperal provoca inúmeras alterações no organismo da mulher, desde seu início. Alterações hormonais são notadas desde as primeiras semanas de gestação, seguidas de alterações metabólicas, anatômicas e, cardiovasculares (VASCONCELOS *et al.*, 2012). Além disso, Poletto e colaboradores (2008) explicam que existe também uma relação entre o estado gravídico e afecções bucais que devem ser conhecidas e consideradas no tratamento odontológico. Tais fatos, fazem da gestante merecedora de atenção odontológica ímpar. E esta atenção deve estar voltada tanto para o aspecto curativo quanto para o educativo preventivo, já que as mães determinam o padrão de comportamento da criança.

Nesse sentido Araújo e colaboradores (2013) esclarecem que o tratamento odontológico é importante tanto para a saúde bucal como para a saúde sistêmica, sendo a associação entre a Odontologia e a Medicina essencial durante a gestação.

Polleto e colaboradores (2008), Nascimento e colaboradores (2012) e Assunção e Miguel (2015) esclarecem que o primeiro trimestre de gravidez é o mais crítico para o embrião, pois nessa época estão se desenvolvendo vários órgãos, tornando-o mais vulnerável às agressões teratogênicas e ao aborto, onde, o trimestre da gestação mais indicado ao tratamento odontológico é o segundo, no entanto, a gestante deve ser atendida em qualquer período quando o tratamento requerido tem caráter de urgência.

Passarelli e colaboradores (2005) narram que o aumento da salivação é comum até o quinto mês de gestação. Outras doenças orais que comumente mais acometem as gestantes são a cárie dentária, erosão ácida e, especialmente, a doença periodontal, podendo esta ser associada a diversas condições patológicas perinatais, incluindo o parto prematuro e a ocorrência de baixo peso do recém-nascido. Além disso, Moimaz e colaboradores (2006) explicam que é muito comum também a hipertrofia gengival (gengivite gravídica) e que os sinais e sintomas dessa gengivite tendem a desaparecer por completo após o parto. Devendo ser controlada com higiene oral rigorosa, ainda, utilização de vitamina C e sais minerais em casos graves.

Foi possível observar com as explicações de Ebrahim e colaboradores (2014) que a melhor posição durante o atendimento à gestante é o decúbito lateral ou colocando-se a paciente em uma posição semirreclinada, ou fazendo o uso de mudanças frequentes de posição.

Com relação ao tratamento das pacientes com diabetes gestacional Ebrahim e colaboradores (2014) e Sousa e colaboradores (2003) explicam que dentre as principais manifestações bucais das pacientes estão a xerostomia, glossodínia, ardor na língua, eritema e distúrbios de gustação, irritação da mucosa oral, alterações de flora, com predomínio de *Cândida albicans*. O diabetes leva a um aumento da acidez do meio bucal, aumento da viscosidade e diminuição do fluxo salivar, os quais são fatores de risco. Apesar de terem a diabetes gestacional e em virtude disso, terem restrições quanto ao uso de açúcar, Sousa e colaboradores (2003) revelam que essas pacientes têm a mesma suscetibilidade à cárie e doenças relacionadas à placa dentária que as gestantes não diabéticas.

Com relação ao uso das radiografias dos tecidos orais, Ebrahim e colaboradores (2014) relatam que não são contraindicadas na gestação, em virtude da exposição a níveis muito baixos de radiação, o que torna pequeno o risco de efeitos potencialmente nocivos ao feto. Ainda sobre as radiografias para não haver contraindicações, contanto que sejam tomadas as devidas precauções e proteção da gestante e feto. Quando a gestante for considerada de alto risco, os cuidados básicos devem ser somados aos cuidados específicos de cada patologia sistêmica.

Giglio e colaboradores (2010) relatam que no uso de antibióticos, deve-se evitar o uso de eritromicina em sua forma de estolato devido a seus efeitos no fígado materno. Com relação ao uso de medicamento e anestésicos, Giglio e colaboradores (2010) e Cardoso (2010) aclaram que a amoxicilina e o paracetamol são os medicamentos que devem preferencialmente ser escolhidos quando necessário, assim como a utilização da lidocaína com epinefrina nas anestésias locais.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento odontológico a gestante com diabetes gestacional é possível e recomendado, entretanto durante este período ocorrem diversas alterações fisiológicas que devem ser conhecidas e consideradas no tratamento odontológico.

O segundo trimestre de gestação é o mais indicado ao tratamento odontológico, no entanto, a gestante deve ser atendida em qualquer período quando o tratamento requerer urgência. As doenças orais que mais acometem as gestantes são a cárie dentária, erosão ácida e, especialmente, a doença periodontal, podendo esta ser associada a diversas condições patológicas perinatais, incluindo o parto prematuro e a ocorrência de baixo peso do recém-nascido. A melhor posição de atendimento à gestante é o decúbito lateral.

O exame radiográfico, como exame complementar, pode ser realizado se tomada todas as medidas de precaução, entendendo que a dose recebida pelo feto em uma radiografia dentária é muito inferior a aquela que pode causar más formações congênitas.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. F. M.; PESSOA, S. M. F.; DAMASCENO, M. M. C.; ZANETTI, M. L. Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, 2013.

ASSUNÇÃO, A. C.; MIGUEL, D. A. **Assistência odontológica a gestante e lactante com ênfase no tratamento endodôntico**. 2015. TCC (Especialização em Endodontia) – Pós-Graduação, IES, Belo Horizonte, 2015.

CAMPOS, C. C.; SADDI, G. L.; FERREIRA, M. G. Diabetes mellitus. In: CAMPOS, C. C.; FRAZÃO, B. B.; SADDI, G. L.; MORAIS, L. A.; FERREIRA, M. G.; SETÚBAL, P. C. O.;

ALCÂNTARA, R. T. **Manual prático para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais.** UFG. Goiás. 2009

CARDOSO, Leonardo Moura. **Atendimento odontológico da gestante na estratégia do programa saúde da família.** 2010. Monografia – UFMG, Corinto-MG, 2010.

EBRAHIM, Z. F.; OLIVEIRA, M. C. Q.; PERES, M. P. S. M.; FRANCO, J. B. Tratamento Odontológico em Gestantes. **Science in Health**, v. 5, n. 1, p. 32-44, 2014.

GIGLIO, J. A.; LANNI, S. M.; LASKIN, D. M.; GIGLIO, N. W. Oral health care for the pregnant patient. **Today's FDA:** official monthly journal of the Florida Dental Association, v. 23, n. 5, p. 47-53, 2010.

MASSUCATTI, L. A.; PEREIRA, R. A.; MAIOLI, T. U. Prevalência de diabetes gestacional em unidades de saúde básica. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 1, n. 1, 2012.

MOIMAZ, S. A. S.; GARBIN, C. A. S.; SALIBA, N. A.; ZINA, L. G. Condição periodontal durante a gestação em um grupo de mulheres brasileiras. **Cienc. Odontol. Bras.** v. 9, n. 4, p. 59-66, out./dez. 2006.

NASCIMENTO, E. P.; ANDRADE, F. S.; COSTA, A. M. D. D.; TERRA, F. de S. **Gestantes frente ao tratamento odontológico.** **Rev. Bras. Odontol.**, v. 69, n. 1, p. 125-130, 2012. ISSN 1984-3747.

PASSARELLI, F.; NEVES, I.; NEVES, R.; ÁVILA, W. Cardiopatas e período gestacional: aspectos de interesse ao cirurgião-dentista. **Rev Soc Cardiol.**, São Paulo, v. 15, p. 1-6, 2005.

POLETTI, V. C.; STONA, P.; BATISTA BLESSMANN WEBER, J.; GENEHR FRITSCHKE, A. M. Atendimento odontológico em gestantes: uma revisão da literatura. **Stomatos**, v. 14, n. 26, 2008.

SOUSA, R. R.; CASTRO, R. D.; MONTEIRO, C. H.; SILVA, S. C.; NUNES, A. B. O paciente odontológico portador de diabetes mellitus: uma revisão da literatura. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 3, n. 2, p. 71-77, jul./dez. 2003.

TERRA, B. G.; GOULART, R. R.; BAVARESCO, C. S. O cuidado odontológico do paciente portador de diabetes mellitus tipo 1 e 2 na Atenção Primária à Saúde. **Rev. APS**, v. 14, n. 2, p. 149-161, abr./jun. 2011

VASCONCELOS, R. G.; VASCONCELOS, M. G.; MAFRA, R. P.; ALVES JÚNIOR, L. C.; QUEIROZ, L. M. G.; BARBOZA, C. A. G. Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. **Rev. Bras. Odontol.**, v.69, n.1, p. 120-224, 2012. ISSN 1984-3747.

---

**Data do recebimento:** 28 de Janeiro de 2019

**Data da avaliação:** 19 de Maio 2019

**Data de aceite:** 19 de Maio de 2019

---

---

1 Acadêmica do Curso de Odontologia pela Centro Universitário Tiradentes de Pernambuco – UNIT-PE.

E-mail: samaraclemente@hotmail.com

2 Acadêmica do Curso de Odontologia pela Centro Universitário Tiradentes de Pernambuco – UNIT-PE.

E-mail: laisapximenes@gmail.com

3 Cirurgiã – Dentista; Doutora em Nutrição; Professora do curso de bacharelado em Odontologia, Centro Universitário Tiradentes de Pernambuco – UNIT-PE. E-mail: kguerrabotelho@yahoo.com.br